

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 1321

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Eugène MICHEL

né le 13 août 1914 à Évrans (Côtes-du-Nord)

**Contribution à l'Étude
des
Amygdalectomies abusives
et de l'amygdalite iliaque**

Président : Mr. BINET Professeur

VIGOT FRÈRES, Éditeurs
23, Rue de l'École-de-Médecine, 23
P A R I S
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Eugène MICHEL

né le 13 août 1914 à Évrans (Côtes-du-Nord)

Contribution à l'Etude
des

Amygdalectomies abusives
et de l'amygdalite iliaque

Président : Mr. BINET Professeur

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

P A R I S

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
	LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GULLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthodépie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-
VALLERY-RADOT
SEZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
ÉCALLE.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-
VALLERY-RADOT
SEZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE
DE MON PERE ET DE MA MERE

*Trop tôt disparus, dont le dé-
vouement m'a permis mes étu-
des et dont la vie toute de travail
et de bonté demeure pour moi le
plus bel exemple.*

A MA FEMME

*En faible gage de la profonde
tendresse qui nous unit.*

A MON FRERE

A MES SCEURS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A Monsieur le Professeur Léon BINET
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE RENNES

STAGES

Monsieur le Professeur MARQUIS
Directeur de l'Ecole de Médecine
Professeur de Clinique chirurgicale
Monsieur le Professeur Alphonse PELLE
Professeur de Clinique médicale

EXTERNAT

Monsieur le Professeur Le GAL La SALLE
Professeur de Clinique gynécologique et obstétricale

INTERNAT

Monsieur le Professeur MASSOT
Professeur de Clinique dermatologique
Monsieur le Professeur BOURDINIERE
Professeur de pathologie médicale
Monsieur le Professeur CHENET
Professeur de Clinique ophtalmologique
et oto rhino laryngologique

*Que nous sommes heureux de
remercier ici de tout cœur de
leur excellent enseignement, du
bon bon accueil qu'ils nous ont
toujours réservé et de toute la
bienveillance qu'ils n'ont cessé
de nous accorder.*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'étude des Amygdalites abusives et de l'amygdalite iliaque

INTRODUCTION

L'exérèse chirurgicale pure et simple des amygdales a été pendant de nombreuses années le nec plus ultra en matière de thérapeutique quand à un nombre considérable d'affections.

Alors que déjà l'Ecole Française, sous l'impulsion du Professeur Portmann, du Docteur Le Mée, etc... tendait à substituer autant que possible à cette méthode « moyenneuse » des procédés plus naturels, les Américains, entièrement imbus de la conception de l'infection focale en sont venus à faire de l'amygdalectomie une mesure prophylactique.

Nous voulons dans cette étude montrer d'abord quelles sont, outre les lésions immédiates de l'amygdale, les infections qui lui sont attribuables.

Nous verrons ensuite quelles sont d'après les physiologistes les fonctions que l'on reconnaît aujourd'hui à l'amygdale palatine.

Enfin, insistant sur la parole de Charles Richet et conscients qu' « aucun organe n'est inutile », nous nous

efforcerons de prouver que dans de nombreux cas l'amygdalectomie est devenue une intervention abusive à laquelle des méthodes médicales peuvent pallier.

Pour terminer nous exposerons la théorie séduisante des rapports entre infections amygdaliennes et appendiculaires si curieusement résumée par Monscourt, sous le titre caractéristique d' « amygdalite iliaque ».

CHAPITRE I

L'AMYGDALE FOYER D'INFECTION

On a depuis longtemps appris à considérer l'amygdale comme une cause fréquente de troubles locaux : angines, phlegmons, adénites, toux, gêne respiratoire. On avait pu observer aussi que l'amygdalite aiguë marquait souvent le premier temps d'affections générales ou à distance, telles que rhumatisme articulaire aigu, néphrites, scarlatine, diphtérie. Mais, ce n'est guère que depuis quelques années que l'on a réuni des faits isolés en un corps de doctrines et que l'amygdalite chronique ou latente est apparue comme la cause déterminante d'affections très variées comme nombre et comme gravité.

C'est surtout aux Etats-Unis que cette notion « Focal infection » a pris une importance extrême, nous dirons même excessive, puisqu'on finirait par y englober la pathologie toute entière : pour les Américains, une affection ne faisant par sa preuve étiologique se trouve presque automatiquement rattachée à la « focal infection » par les

amygdales, les dents... etc., et entraîne comme sanction thérapeutique l'ablation immédiate de l'agent infectant; d'où pour ce qui nous occupe, le nombre formidable de cas où l'on est amené à pratiquer l'amygdalectomie comme premier geste thérapeutique de quantité de maladies à origine plus ou moins mystérieuse, et, de plus, comme moyen prophylactique infaillible de tous les maux qui pourraient fondre sur qui oserait garder ses amygdales intactes.

En France, on n'est pas allé jusque là; mais il est certain que la théorie tendait à s'imposer à l'attention générale, quand en 1931, MM. Worms et Le Mée, dans un référendum étendu à l'Europe et à l'Amérique, ont tenté de ramener la question à son vrai plan. C'est des résultats de ce référendum que nous tirerons les idées de ce premier chapitre.

Les amygdales peuvent-elles constituer une porte d'entrée et un foyer d'infections secondaires? Oui certes, et la presque unanimité des réponses fut affirmative : parmi les foyers d'infections secondaires, 60 % des réponses donnèrent la première place aux amygdales, 18 % réservant aux dents l'action prédominante; après ces deux grands foyers venaient les oreilles, les sinus, les vésicules, la prostate.

Comment cela? MM. Worms et Le Mée en donnent une explication facile à comprendre :

« Les amygdales, disent-ils, possèdent à un haut degré les propriétés générales du tissu lymphatique. La

génèse réactionnelle de ce tissu, très marquée dans l'organisme jeune vis-à-vis des infections de toutes sortes qui assaillent le premier âge, diminue d'opportunité à mesure que l'homme vieillit et, qu'ayant résisté à toutes les atteintes morbides, il s'immunise de par leur fait.

« Plongés dans ce milieu extrêmement septique que constitue la cavité buco-pharyngée, on comprend donc que les tonsilles soient, dans les conditions ordinaires de santé, constamment sollicités à réagir contre une agression également permanente, dès lors, qu'elles soient fatalement exposées à subir les effets de l'envahissement microbien. L'état pathologique est si proche du plein rendement physiologique qu'il est difficile à ces organes de se maintenir dans les limites de l'état normal. De telle sorte qu'ici comme partout, le tissu lymphoïde qui devait être un barrage opposé à l'infection devient une brèche ouverte à toutes les invasions microbiennes et le réceptacle d'une infection atténuée.

« Celle-ci filtre insidieusement ses poisons dans l'organisme, en attendant l'heure où, la virulence s'exaltant sous des influences locales ou générales favorisantes des accidents aigus sont déclenchés sous forme d'amygdalites ou sous forme de foyers à distance. »

Avant d'aborder le chapitre des infections de l'amygdale elle-même, voyons donc rapidement quelles sont les infections secondaires auxquelles on attribue un point de départ amygdalien, et tout d'abord les septicémies, cause de l'hécatombe de tant d'amygdales en Amé-

rique. Presque toujours dues au streptocoque, sous la forme aiguë et non localisée, elles peuvent être soit graves, soit bénignes. Parmi ces dernières, chez l'enfant, où tant de malaises sont si difficiles à interpréter, certaines fièvres passagères, qu'on tend souvent à attribuer à l'appareil digestif, peuvent révéler des décharges bactériennes minimales et passagères de l'amygdale.

La fièvre ganglionnaire autrefois considérée comme une streptococie bénigne de la gorge propagée aux ganglions cervicaux, est aujourd'hui généralement tenue pour maladie spécifique, contagieuse et épidémique.

Citons encore les cas, rares d'ailleurs, où l'infection d'un phlegmon amygdalien se propage aux veines voisines réalisant la forme phlébitique, ou aux lymphatiques, réalisant une septicémie lymphatique aiguë, soit à distance et c'est la septicopyohémie.

Un grand mystérieux qui veut se dire le souffre-douleur de l'amygdale : le rhumatisme. Pour le rhumatisme articulaire aigu, l'unanimité des médecins est d'accord : l'amygdale est sa véritable porte d'entrée. Mais, faut-il en déduire que la suppression radicale de toutes les amygdales entraînerait à tout jamais la disparition du rhumatisme articulaire aigu? Pour ce qui est du rhumatisme déformant, nul n'oserait encore leur attribuer pareille origine. Un des congressistes ne citait-il d'ailleurs pas publiquement son cas personnel où des crises intermittentes de rhumatisme s'étaient manifestées exactement de la même façon après l'amygdalectomie, pourtant bien totale, qu'il avait subie dans le but de les arrêter.

Quant aux affections de l'appareil circulatoire, 90 % des référendistes voyaient dans la « focal infection » l'origine des endocardites, péricardites, myocardites, tandis que la majorité s'accordait pour admettre la relation directe de l'amygdalite et de la néphrite aiguë, surtout chez l'enfant, affirmant que ces néphrites guérissent assez souvent après amygdalectomie. Ce à quoi répond M. Bourgeois que, ayant été chargé par M. Castaigne, médecin de la Charité, d'examiner les amygdales des albuminuriques du service il conclut que les amygdales des non albuminuriques étaient aussi suspectes que les autres.

Près de la moitié étaient du même avis quant à l'origine des troubles gastro-intestinaux de l'enfant, de l'appendicite, des troubles hépatiques, des ulcères gastro-duodénaux.

Pour 40 %, bronchites, laryngo-trachéites, bronchectasies, pneumonies et broncho-pneumonies abcès pulmonaires, asthme même, ne demandaient que la disparition de l'amygdale pour disparaître à leur tour. Il faut reconnaître que nombre de ces affections de l'arbre respiratoire voient souvent leur origine ou leur début dans une angine qui bénigne et négligée gagne par voie descendante la trachée et les bronches. Pour ce qui est de l'asthme, à quoi ne l'a-t-on pas attribué?

Tandis que 70 % admettaient l'origine amygdalienne de l'encéphalite épidémique et de la polyomyélite antérieure aiguë, l'ostéomyélite ne réunissait que 20 % de partisans.

A M. André Bloch qui citait une observation de quatre cas de scarlatine dans une même famille sur lesquels deux cas restèrent bénins chez des enfants amygdalectomisés, tandis que deux cas sévères frappèrent les enfants non amygdalectomisés, M. Barraud de Lausanne répondait en citant les statistiques très nombreuses de scarlatine évoluant chez les enfants Américains faisant leurs études dans les établissements suisses, montrant que la scarlatine était pour le moins aussi grave chez les enfants amygdalectomisés.

Quant à la tuberculose, la majorité ne considérait pas l'amygdale comme porte d'entrée fréquente, puisque 35 % l'admettaient pour la tuberculose ganglionnaire et 15 % pour la tuberculose pulmonaire. D'ailleurs, disaient-ils, la tuberculose amygdalienne elle-même est une affection rare.

Et quand devait-on considérer l'amygdale comme foyer indéniable d'infection et la traiter comme, c'est-à-dire l'enlever d'urgence, prétendant sauver par là l'organisme d'un grand mal? Chaque fois qu'un examen minutieux et systématique permettait de découvrir dans le domaine de l'amygdale :

- une issue de pus ou de muco-pus;
- une hypertrophie des ganglions cervicaux, lorsqu'aucune autre étiologie ne s'impose, particulièrement un ganglion à l'angle de la mâchoire;
- des poussées répétées d'amygdalite aiguë;
- des poussées d'amygdalite coïncidant avec une

exacerbation à distance : rhumatisme néphrite... etc...;

— une rougeur œdémateuse du pilier antérieur;

— une hypertrophie rouge de l'amygdale;

— la présence de caséum dans les cryptes;

— une amygdalite petite, enchatonnée, intravélique, dure, adhérente aux piliers;

— des cicatrices à la surface de l'amygdale;

— dans certaines pyrexies vespérales et traînantes, surtout chez les jeunes filles;

— dans toutes les manifestations auriculaires chez l'enfant;

— la présence de stries noires à la transillumination diaphanoscopique. (Dudley.)

— De plus, quand à l'examen bactériologique, par ponction profonde à la pipette de Pasteur, on décèle la présence de streptocoque hémolytique.

Une dernière méthode permettrait encore de condamner l'amygdale : celle du Test amygdalien de Vigo Schmidt. Elle consiste à faire d'abord la numération des leucocytes sanguins; puis, après massage ou ventousage de l'amygdale par instruments spéciaux, si un nouvel examen du sang montrait une hyperleucocytose, il faudrait conclure à une amygdale infectée et infectante et la sanction impitoyable devrait suivre immédiatement. Si au contraire il n'y avait pas d'hyperleucocytose, l'amygdale serait reconnue non pathogène et conserverait son droit à l'existence.

On peut aisément se rendre compte, par l'énumération

qui précède, que bien peu d'amygdales ne présentent pas l'un ou l'autre de ces « vices rédhibitoires » et que, comme on l'avait fait pour les dents quelques années auparavant, les amateurs de mesures prophylactiques eussent vite fait de débarrasser toutes les bouches de ces organes considérés non seulement comme inutiles, mais de plus comme terriblement dangereux pour le reste de l'organisme.

CHAPITRE II

AMYGDALECTOMIES IMPERATIVES

Ce serait une grosse erreur, encore beaucoup plus grave que la précédente dans ses conséquences, que de prendre systématiquement l'opinion inverse, et de prétendre qu'il faut toujours conserver les amygdales.

Quel que puisse être leur rôle physiologique, leur utilité pour l'organisme et les inconvénients qui puissent résulter de son ablation — ce que nous étudierons dans le prochain chapitre — il est des cas où il faut absolument enlever l'amygdale et cela au plus tôt, parce qu'elle se trouve être le foyer d'infections locales récidivantes, douloureuses et ennuyeuses pour le malade, dont il se trouvera débarrassé en même temps que de ses amygdales.

Nous reconnâtrons d'ailleurs, pour acorder un point aux partisans de la « focal infection » qu'il est toujours désagréable, sinon dangereux, de conserver en son organisme un foyer continuellement infecté et suppurant qui, pour ce qui est de l'amygdale, déverse à jet continu dans

la bouche et le tube digestif les microbes qui y pullulent.

« Condamner systématiquement l'amygdalectomie, dit Dufourmontel; il faudrait pour cela ignorer les accidents locaux à répétition et en particulier les phlegmons si pénibles et quelquefois si graves que j'en ai publié personnellement un cas mortel avec Michel et Chabrol; il faudrait, dis-je, avoir une expérience bien restreinte de la pathologie amygdalienne pour ne pas reconnaître que dans certains cas une amygdalectomie très complète est indispensable. Mais, c'est surtout chez l'adulte et en cas d'accidents locaux récidivants que cette amygdalectomie est indiquée. »

Voyons donc rapidement quels sont les différents états de l'amygdale qui imposent son ablation.

« Il n'y a qu'une indication, dit A. Moulonguet, c'est l'infection, soit qu'il s'agisse d'une infection purement locale, soit qu'il s'agisse d'une affection générale à point de départ amygdalien indéniable. »

Mais, si l'amygdale, utile surtout chez l'enfant comme nous le verrons plus loin, devient parfois gênante chez lui, bien que peu infectée au point de justifier une intervention, une amygdalectomie partielle pourrait être suffisante, chez l'adulte, par contre, organe en voie de régression, elle est plus facilement le siège de poussées inflammatoires répétées et d'infection profonde chronique : dès lors c'est à l'amygdalectomie totale qu'il faut avoir recours.

Aussi, dès maintenant nous pouvons dire que, dirigée contre l'infection tenace ou récidivante, l'amygdalectomie totale s'adresse de préférence à l'adulte.

Passons donc en revue les indications impératives de l'ablation radicale de la tonsille :

I. — INFECTIONS LOCALES qui sont :

a) les *angines aiguës fréquentes* accompagnées d'adénite cervicale, reconnaissant la cause la plus légère, survenant notamment à l'occasion du moindre refroidissement.

b) les *attaques répétées d'amygdalites* ou de *péri-amygdalites phlegmoneuses*.

c) les *phlegmons amygdaliens* ou *péri amygdaliens*, à répétition, dus ou non à la persistance d'une fistule borgne congénitale interne.

d) l'*amygdalite cryptique* caséuse ou lacunaire, caractérisée par des cryptes farcies de masses blanches, caséuses, fétides, faciles à expulser par expression de l'amygdale expliquant une dysphagie avec sensation de piquûres d'épingle dont les malades se plaignent ou une mauvaise haleine.

e) l'*amygdalite lacunaire enkystée*, une inflammation antérieure ayant amené la formation d'un « opercule épithélial » au-dessus de l'orifice cryptique.

f) l'*amygdalite chronique suppurée cryptique*.

Encore, dans les trois derniers cas, l'amygdalectomie totale ne sera-t-elle nettement indiquée qu'en cas d'échec

du traitement médical (massages quotidiens avec expression des cryptes, cures thermales etc...)

En réalité, toutes les affections précitées ne sont que les différentes manifestations locales de l'*amygdalite chronique* : pour Jacques Durand on désigne sous ce nom un état inflammatoire caractérisé par une hypertrophie plus ou moins marquée de l'amygdale d'une part, et par l'infection chronique d'autre part.

Il s'agit en effet d'un état anatomo-clinique où l'amygdale n'est ni en état de repos complet, ni en état d'inflammation aiguë.

A l'état normal, les cryptes contiennent un magma dont la rétention est favorisée par la petitesse de l'orifice et qui est formé entre autre par des produits de desquamation, de sécrétion et des microorganismes saprophytes ou se comportant comme tels.

Longtemps on n'observe rien. En dehors de tout symptôme spécial ou même apparent beaucoup d'amygdales cachent ainsi au fond de leurs cryptes une infection latente. Mais, vienne cette infection latente à exalter sa virulence. Alors, cas favorable, les amygdales résistent à l'invasion bactérienne, il y a afflux leucocytaire, réaction pathologique du parenchyme, d'où amygdalite aiguë et destructoin des microorganismes et de leurs toxines. A la longue cependant, la répétition des accidents entraîne l'hypertrophie de l'amygdale et les deux facteurs, hypertrophie et infection, l'un favorisant l'autre, créent ainsi l'amygdalite chronique.

L'hypertrophie est un fait essentiellement variable, et il faut savoir qu'une amygdale hypertrophique n'est pas nécessairement une amygdale volumineuse débordant largement des piliers, souvent au contraire, elle est enchatonnée. D'autre part, l'infection se développe volontiers dans de petites amygdales scléreuses. Ces amygdales donnent au toucher une sensation de dureté caractéristique. Souvent cachées derrière le pilier antérieur, on se trouve obligé de récliner celui-ci pour les examiner; leur surface est irrégulière, et à leur niveau on voit les orifices conduisant dans les cryptes, le plus souvent agrandies. De leur cavité, on peut faire sortir par pression de véritables bouchons de caséum fétide.

C'est au fond de ces cryptes que siègent essentiellement les lésions.

L'infection s'y cantonne; mais parfois dans certaines circonstances, généralement grâce à une nécrose des cellules épithéliales due à l'action toxique des bactéries intra-cryptiques, celles-ci peuvent traverser l'épithélium et Mayer a pu montrer, dans des amygdales chroniquement enflammées, l'existence de foyers histologiques d'inflammation avec présence de microbes au milieu du tissu adénoïdien.

Les recherches bactériologiques faites en dehors de toute poussée aiguë ont révélé une flore microbienne extrêmement variée : bacille de Koch, streptocoque, pneumocoque, bacille de l'influenza, méningocoque, coli, micrococcus catarrhalis, bacilles fusiformes, dyphtériques,

pyocyaniques... qui alors vivent en saprophytes dans la bouche. C'est ce foyer infectieux latent que constitue l'amygdalite chronique qui, sous l'influence de causes fortuites, peut déterminer, en dehors des manifestations locales déjà vues qui imposent l'amygdalectomie, toute une série de complications générales ou à distance.

II. — INFECTIONS GÉNÉRALES. Nous avons vu dans le premier chapitre le large emploi que font les Américains de l'amygdalectomie dans ces infections. Répétons qu'avant de décider l'intervention, il faudra dans chaque cas particulier bien s'assurer que l'affection a bien l'amygdale pour point de départ, à l'exclusion de toute autre cause prépondérante. On pourra le supposer chaque fois qu'une poussée d'amygdalite aiguë aura précédé l'éclosion des accidents actuels.

Mais nous dirons avec Dufourmontel « qu'il faut « être prudent avant d'établir un rapport de cause à « effet entre une infection générale et une infection amygdalienne, et réserver pour le moins ce rapport aux cas « où l'amygdale est véritablement anormale ». Car, dit le Docteur Mathieu-Pierre Weil, « l'infection focale n'occupe qu'une place limitée quoique indiscutable ».

Et nous concluons ce chapitre par ces paroles de Dufourmontel :

« Aussi bien que tout autre, je courrais l'utilité, la nécessité même de la suppression des amygdales anormalement infectées, mais je crois qu'il faut réellement constater une infection anormale, c'est-à-dire indiscutable

macroscopiquement, pour songer à en faire la cause de déterminations à distance. Je crois que les accusations formulées au congrès contre l'amygdale sont vraies, mais que les conclusions qu'on en tire sont trop généralisées, et qu'en les divisant par quatre, on se rapprocherait de la vérité; que vouloir traiter par l'amygdalectomie tous les malades qui souffrent du rein, du foie, des articulations — ou simplement du spleen — est un leurre. Je crois enfin que la suppression totale de l'amygdale est un acte le plus souvent illogique et néfaste, tout au moins chez l'enfant, et n'est vraiment justifiée que par la répétition et la gravité des accidents locaux ».

CHAPITRE III

ROLE PHYSIOLOGIQUE DE L'AMYGDALE

Avec une prudence qui prouve leur esprit critique, les rapporteurs du référendum de 1931, MM. Le Mée et Worms, s'étaient abstenus de toute conclusion personnelle, se réservant ainsi la possibilité d'écouter sans partialité les débats. La discussion qui suivit fut en effet intéressante et passionnante et deux grandes voix s'y firent entendre, représentant chacune une école différente.

Tandis que M. Bourgeois, après un ardent exposé de la « focal infection » par l'amygdale, appuyé d'une série d'observations impressionnantes, demandait aux O. R. L. de constituer un front unique pour accuser les foyers amygdaliens d'être à l'origine d'une foule d'infections à distance, n'accorder aucun rôle utile à l'amygdale et recommander sans restrictions sa suppression complète, le Professeur Moure, en quelques mots pleins de modération, fit appel à la prudence, et, acceptant avec modestie le risque de paraître retardataire affirma que toute sa

vie de laryngologiste lui avait appris que l'amygdale est en effet souvent coupable, mais que l'état d'esprit actuel était une exagération manifeste.

Peut-on prétendre, en effet, que non seulement l'amygdale peut-être enlevée sans inconvénients ni dommage, mais qu'elle est de plus complètement inutile et qu'il y a intérêt à la supprimer le plus souvent possible? Evidemment non, et nous allons montrer dans ce chapitre à quoi sert l'amygdale.

Et tout d'abord, signalons qu'à la suite d'amygdalectomies totales, plusieurs auteurs ont signalé des troubles plus ou moins graves : sécheresse continuelle de la gorge, toux persistante, adénopathies diverses, bronchites à répétition, troubles du développement physique et intellectuel chez le jeune enfant. Il serait curieux que l'ablation facile et simple d'un organe totalement inutile eût des conséquences aussi variées et ennuyeuses.

D'autre part, sur quoi se base-t-on pour décréter que l'amygdale n'a aucun rôle physiologique?

« On admet depuis toujours, dit L. Dufourmontel, que l'amygdale, tissu lymphoïde, joue au contraire un rôle de défense et de protection comme d'ailleurs tout l'ensemble du système lymphatique. A l'état normal, il existe sur la presque totalité du pharynx un revêtement lymphoïde sur lequel viennent se déposer toutes les impuretés venues du dehors. L'amygdale se trouve ainsi, pour employer une comparaison peut-être vulgaire mais frappante, être le tapis-brosse placé à l'entrée des voies aéro-

digestives; elle est normalement et inévitablement septique; c'est son rôle de l'être, mais elle n'est d'ailleurs pas la seule à l'être, tout le revêtement bucco-pharyngé l'est avec elle.

« En dépouiller les muqueuses pharyngée est un acte antinaturel et illogique, et plus ce dépouillement est étendu et complet, plus il est dangereux.

« Chacun de nous a des amygdales, je ne puis me résoudre à croire que cet organe existe précisément pour être enlevé et que chacun de nous serait en meilleur état si on le lui détruisait ».

Tandis qu'au Congrès de la Société latine d'O. R. L. de 1936, un important rapport traitait de la « participation de l'amygdale à la « Série blanche », Sigishumd Peller, dans le *Klinische Wochenschrift*, publiait ses « Nouvelles recherches sur les amygdales et la croissance ». B. Lechtentriff de Breslau attire l'attention sur l'importance des amygdales et végétations adénoïdes dans le développement de l'enfant. De son côté, Aschoff montre que les amygdales fabriquent des petits lymphocytes et insiste sur leur rôle endocrinien dans la puberté et leur relation avec le système de la vie végétative; et le Docteur Bijon d'Oran fait au Congrès d'O. R. L. de 1936 une importante communication sur la « sécrétion interne de l'amygdale et l'extrait amygdalien ».

La même année, le Docteur Devoucoux rapporte dans sa thèse un nombre important de cas de traitement avec

succès de l'hypertrophie des amygdales par l'extrait amygdalien.

Quel semble donc être dans l'organisme le rôle des amygdales?

A. — THÉORIE DE SÉCRÉTION INTERNE.

Nombre d'auteurs avaient constaté le retard de développement physique et intellectuel chez les enfants porteurs de grosses amygdales.

Pour eux, le tissu amygdalien aurait une action inhibitrice sur la croissance du squelette, sur le développement de la cage thoracique et sur la maturation sexuelle.

Pour Sigismund Peller, les amygdales auraient une influence sur la pigmentation réactive de la peau; et l'hyperplasie des tonsilles serait plus fréquente chez les gens à chevelure et peau claires.

D'autres auteurs attribuent à l'amygdale une fonction de sécrétion interne agissant sur la circulation, la pression sanguine, le métabolisme des hydrates de carbone ou des graisses, sur la coagulation du sang, etc...

Disons que jusqu'ici nous ne possédons aucune preuve démontrant l'existence de cette sécrétion interne propre et que d'ailleurs la structure histologique de l'amygdale n'est pas du type endocrinien, mais du type lymphoïde.

B. — FONCTION DE GANGLION LYMPHATIQUE RÉGIONAL
DE LA MUQUEUSE NASALE.

Nombre d'auteurs, avec Ruault, Lermoyez et Fränkel, avaient émis l'hypothèse que l'amygdale pourrait être un simple ganglion lymphatique ayant pour terri-

toire les muqueuses du nez et de la bouche, mais Schlemmer a montré non seulement l'absence de voies lymphatiques allant du nez à l'amygdale, mais l'inexistence de toute voie lymphatique afférente de l'amygdale.

C. — FONCTION HÉMATOPOIÉTIQUE.

Que l'amygdale participe, de même que tout organe lymphoïde, à la formation des lymphocytes, le fait est admis actuellement par tout le monde.

Plus que n'importe quel autre organe lymphoïde, l'amygdale possède de ces formations sphériques, claires, auxquelles Flemming donna le nom de centres germinatifs, et qui sont toujours le siège d'un grand nombre de divisions cellulaires.

Pour certains, avec Helmann, Heiberg, ces centres germinatifs seraient aussi des centres de réactions à l'égard des toxines, car il est indiscutable qu'on y observe dans certains états, notamment au cours des intoxications, de violentes poussées de destruction lymphoïde.

Quoiqu'il en soit, l'amygdale joue certainement un rôle indiscutable dans la lymphopoïèse, au même titre que tout organe lymphoïde. Mais cela ne constitue pas une fonction propre à l'amygdale.

La production de lymphocytes est commune à tous les éléments adénoïdes du tractus digestif, à tous les ganglions lymphatiques.

D. — FONCTION DE DÉFENSE.

Pour Brieger et Goerke, il existerait dans l'amygdale

un véritable courant lymphatique traversant l'organe de dedans en dehors, qui, par action mécanique et chimique, s'opposerait énergiquement à la pénétration d'agents extérieurs.

E. — FONCTIONS D'IMMUNISATION.

Nous en arrivons à la théorie d'immunisation, la plus jeune, et selon l'usage, la plus séduisante.

Il ne s'agit plus ici de défense directe contre la pénétration microbienne par phagocytose, par action chimique ou physique, mais d'une réaction physiologique commune à tous les organes lymphoïdes et concourant à l'immunisation générale de l'organisme.

Dans leurs cryptes, les amygdales localisent les infections : les microbes s'y arrêtent, s'y développent, y secrètent leurs toxines. Résorbées dans le parenchyme amygdalien, dans les ganglions régionaux, les toxines y provoquent des réactions donnant naissance à des substances immunisantes.

Nous pénétrons certes ici dans le domaine de l'hypothèse; l'origine des substances immunisantes est encore loin d'être établie; toutefois, la plupart des auteurs voient leur origine dans les organes hémato et lymphopoïétiques.

Sous l'action des agents infectieux et toxiques, il se produit dans les centres germinatifs une abondante destruction de lymphocytes, et Dustin, par l'étude des « poisons caryolastiques » a bien montré pour les tissus lymphoïdes l'extrême sensibilité de ces formations à l'égard

d'agents toxiques divers. Ainsi que de nombreux auteurs l'ont affirmé, il n'est pas impossible que la destruction des cellules frappées de mort par l'agent toxique donne naissance à des endolysines antitoxiques.

Le fait se conçoit pour l'amygdale en particulier, où nous trouvons des follicules plus développés qu'en n'importe quelle autre région de l'organisme, probablement pour lui permettre le fonctionnement plus rapide et plus intense que nécessite sa situation particulièrement exposée à l'entrée du tube digestif.

Et nous concluons ce chapitre par cette parole du Docteur Fernand Leroy : « Si l'amygdale constituée par du tissu lymphoïde n'est probablement pas chargée d'une fonction exclusive, elle exerce indiscutablement une action lymphopoïétique et il n'est pas interdit de lui attribuer, un peu hypothétiquement peut-être, une collaboration aux fonctions d'immunisation ».

CHAPITRE VI

CONSERVONS L'AMYGDALE

Si on ne peut dire que l'amygdale est un organe indispensable à l'organisme humain, nous venons du moins de montrer qu'elle participe utilement à quelques fonctions physiologiques. Il découle de cela que, chaque fois qu'on pourra sans le moindre danger la conserver, on devra le faire. Nous allons voir que trois circonstances peuvent imposer le respect de l'amygdale :

- A) Son intégrité;
- B) les contre-indications de l'amygdalectomie;
- C) les possibilités de guérison par le seul traitement médical.

A. — INTÉGRITÉ DE L'AMYGDALE. C'est une raison évidente pour tous ceux que n'amine pas la fureur des apôtres de la « focal infection », et bien peu nombreux sont, je crois, en France, les partisans de l'amygdalectomie prophylactique si chère aux Américains. Enlever systématiquement toutes les amygdales, même parfaitement

saines, sous prétexte qu'elles peuvent un jour ou l'autre s'infecter et devenir une source d'infection, ne serait pas moins illogique que d'amputer systématiquement toutes les fractures ouvertes pour éviter à leurs porteurs la perspective de la gangrène gazeuse et du tétanos.

Chez un enfant ou une grande personne qui a actuellement des amygdales cliniquement saines, de volume sensiblement normal, qui n'est pas sujette aux angines répétées, qui n'a jamais fait la moindre infection ou suppuration de ses amygdales, il ne saurait donc être sainement question d'amygdalectomie.

B. — CONTRE-INDICATIONS DE L'AMYGDALECTOMIE. Qu'elles soient permanentes ou passagères, elles se présentent assez souvent en pratique, et ainsi que nous le verrons à la fin de ce chapitre, il pourra être souvent très utile d'avoir sous la main un traitement qui permettra :

— soit de suppléer dans une certaine mesure à une amygdalectomie possible;

— soit d'attendre sans trop de dommages les conditions favorables à l'intervention.

1) *Contre-indications permanentes.* Elles sont réalisées soit par une anomalie anatomique, soit par un état pathologique chronique du sujet.

Les malformations anatomiques consistent surtout en une anomalie du trajet de la carotide interne ou externe, qui, se rapprochant excessivement des pôles supérieur et inférieur de l'amygdale et pouvant de ce fait être blessées accidentellement au cours de l'intervention, exposent à des hémorragies foudroyantes.

C'est la palpation intra-buccale qui permet de diagnostiquer ces malformations, et le danger que comporte l'existence d'une carotide trop proche de l'amygdale devra faire rejeter systématiquement l'amygdalectomie totale.

Ces malformations sont exceptionnelles. Bien plus fréquentes sont les états pathologiques du sujet susceptibles d'interdire toute intervention. Bien entendu, on ne tentera pas l'amygdalectomie chez un asthmatique, un cardiaque en voie de décompensation, un tuberculeux pulmonaire avancé. L'anémie est souvent une contre-indication étant donnés les dangers d'une hémorragie même minime dans un pareil cas.

L'hémophilie est une contre-indication formelle pour les mêmes raisons, encore faut-il connaître ce détail; il est vrai que le plus souvent cette maladie familiale est connue du malade ou de son entourage.

L'hypertrophie du thymus, chez l'enfant, avec les accès d'asthme thymiques qu'elle amène et que l'intervention peut réveiller est également un obstacle radical.

Il faut faire rentrer dans ce chapitre des contre-indications permanentes un cas bien particulier qui est celui des chanteurs professionnels. L'avis du Professeur Portmann est que l'ablation des amygdales comporte le risque de modifier considérablement la voix du sujet et qu'il faut dans ce cas s'abstenir.

2) *Contre-indications temporaires.* Chez la femme, les règles contre indiquent l'opération pendant les quelques

jours qu'elles durent. La grossesse constitue un obstacle dont la plus longue durée pourra souvent être gênante.

Les états infectieux passagers pourront parfois retarder l'intervention.

Le plus souvent, les obstacles passagers rencontrés seront les infections locales ou voisines :

- les poussées d'amygdalite aiguë;
- les suppurations intra ou extra-amygdaliennes;
- les pharyngites, laryngites, stomatites;
- les rhinites, sinusites, otites.

Ces contre-indications seraient brèves et de peu de valeur, sans leur ténacité et leur répétition parfois incessante, et souvent observée, et précisément entretenue par la présence d'une hypertrophie amygdalienne accompagnée ou non de végétations adénoïdes.

Parfois la répétition de ces accidents est si rapide que la date de l'intervention se trouve très retardée. La nécessité oblige à reporter celle-ci à la belle saison, retard souvent très préjudiciable et très pénible au malade.

Nous ne ferons que signaler la pusillanimité de certains enfants ou de certains parents qui sera un obstacle plus ou moins sérieux à un traitement chirurgical.

Disons ici que, si l'*amygdalectomie partielle* a des contre-indications moins fréquentes et moins formelles, et si elle ne supprime pas complètement le rôle physiologique de l'amygdale, elle ne présente pas moins un inconvénient majeur : c'est d'être souvent inefficace et d'exposer à la récurrence. L'*amygdalectomie partielle* est

un traitement incomplet et inopérant à brève échéance. Que d'enfants l'ont déjà subie, que l'on revoit quelques-années, parfois quelques mois plus tard, porteurs d'amygdales hypertrophiques, accompagnées de tout leur cortège de complications locales ou générales. Deux solutions sont donc seules acceptables : amygdalectomie totale ou traitement médical.

C. — POSSIBILITÉS DE GUÉRISON PAR LE SEUL TRAITEMENT MÉDICAL. Disons d'abord que nous entendons par traitement médical, non seulement les moyens purement médicaux tels que : désinfection par instillations nasales, par gargarismes, par badigeonnages des amygdales avec des collutoires variés; injections locales de métaux colloïdaux, de vaccins; mais encore l'ensemble des petits moyens inoffensifs employés par le spécialiste pour traiter les amygdales qu'il ne veut pas enlever : expression des cryptes, leur cautérisation, leur discision ou dilacération au crochet spécial, qui suffisent souvent, en quelques séances, à les faire disparaître, et à faire d'une amygdale farcie de magmas de caséum plus ou moins fétide une amygdale cliniquement normale.

Ajoutons à cet ensemble de moyens physiques un traitement interne préconisé par quantité de cliniciens expérimentés, dont les Docteurs Cuvier, Carrère et Celles de Bordeaux : l'extrait amygdalien qui, aux doses de trois gouttes par jour, vingt jours par mois, leur aurait donné sinon une guérison complète, du moins toujours une

amélioration sensible en obtenant la rétrocession de l'hypertrophie amygdalienne et en supprimant les infections du cavum dont elle est l'origine.

CHAPITRE V

CONSEQUENCES DE L'AMYGDALECTOMIE

Si la plupart du temps l'amygdalectomie est une opération d'une grande facilité et d'une bénignité parfaite, débarrassant définitivement les enfants et adultes, porteurs de végétations adénoïdes et de grosses amygdales, des accidents de voisinage, des troubles fonctionnels du côté de la respiration, de la parole, de l'audition, et de leur retentissement sur l'état général, il arrive de temps en temps d'observer des accidents opératoires et des complications et répercussions plus ou moins tardives.

A. — ACCIDENTS OPÉRATOIRES ET COMPLICATIONS IMMÉDIATES. C'est avant tout *l'hémorragie* qui peut survenir à différents moments : pendant l'opération, quelques heures ou quelques jours après.

L'hémorragie opératoire peut-être une simple hémorragie des artères tonsillaires supérieures ou des artères hilaires, peu abondante et bénigne : un simple tamponnement ou la compression l'arrêtera.

Plus grave est une blessure de la pharyngienne ascendante ou de la palatine ascendante, qui, heureusement plus rare, nécessite une ligature rapide de la carotide externe.

Enfin, inévitablement mortelle est l'hémorragie foudroyante de la blessure de la carotide interne ou externe.

Par bonheur, de tels accidents sont la très rare exception, et seules des anomalies dans le trajet des artères en cause peuvent en faire courir le risque.

Ou bien c'est l'hémorragie post-opératoire précoce, plus fréquente et parfois dangereuse : une petite artère a été coupée pendant l'opération, on a opéré à chaud, on a mal écrasé le pédicule vasculaire; cependant une hémostase passagère a été réalisée, et c'est au réveil du malade ou dans les heures qui suivent qu'apparaît l'hémorragie, une fois le chirurgien parti.

Une dernière possibilité, sans la moindre gravité d'ailleurs, l'hémorragie post-opératoire tardive, qui survient du quatrième au huitième jour après l'intervention, à la chute de l'escarre.

En dehors de l'hémorragie l'amygdalectomie peut-être à l'origine :

— d'une réaction ganglionnaire cervicale, passagère le plus souvent;

— d'abcès latéraux-pharyngiens;

— d'une hyperthermie, qui, si elle dure plus de trois ou quatre jours, est la manifestation d'un processus infec-

tieux bénin qui tourne court le plus souvent;

— d'une septicémie exceptionnelle;

— d'un abcès du poumon, surtout après amygdaléctomie sous anesthésie générale, par embolie microbienne ou aspiration de sang.

Signalons encore l'extrême rareté de ces accidents qui ne surviennent en général que si l'opération a été pratiquée à chaud, c'est-à-dire pendant une poussée infectieuse de l'amygdale ou du cavum.

Terminons cette énumération en signalant des complications proprement opératoires :

— blessure exceptionnelle du nerf glosso-pharyngien, du grand hypoglosse ou du linnal.

— Cicatrisations vicieuses, celle-ci plus fréquentes, le plus souvent bénignes, parfois plus sérieuses : petites adhérences des piliers entre eux, adhérences plus ou moins importantes des piliers ou du voile à la paroi pharyngée; rétrécissement plus ou moins sérieux de l'isthme pharyngé.

B. — COMPLICATIONS TARDIVES. Nous n'irons pas jusqu'à prétendre, comme l'a fait M. Fruchaud père, d'Angers, que l'amygdaléctomie peut amener une cancérisation ultérieure de la cicatrice ou favoriser la tuberculisation de l'organisme. Nous venons de voir cependant qu'on observe assez fréquemment des cicatrisations vicieuses.

Par ailleurs, Pallatschek a décrit, après tonsillecto-

mie, un syndrome auquel il a donné le nom de « pharyngite tonsilloprive », qui commence par une pharyngite simple qui se transforme ultérieurement en pharyngite granuleuse. Cette forme s'observe également chez des vieillards, lorsque les amygdales ont perdu leur pouvoir fonctionnel, ou encore quand des angines ou abcès répétés ont détruit partiellement ces organes.

De son côté, Léon Kindberg signale, à la suite d'amygdalectomie totale, des troubles plus ou moins graves : troubles du développement physique et intellectuel chez le jeune enfant, sécheresse continuelle de la gorge, toux persistante, adénopathies diverses, bronchites à répétition. Dans son livre sur les abcès du poumon, il dit ceci : « A la suite de la multiplication invraisemblable d'interventions curatives ou préventives pratiquées en Amérique, on a vu le nombre d'abcès du poumon croître dans des proportions imprévues ».

C. — L'AMYGDALE ILIAQUE. « Un certain nombre des
« amygdalectomisés, dit Monscourt, malgré l'opération
« ne sont pas guéris définitivement. Après quelques mois
« d'accalmie, ils se mettent à ressentir les symptômes
« d'une affection des voies digestives, des voies génito-
« urinaires, ou bien des signes d'infection générale qui ré-
« vèlent une appendicite. Et ces sujets qui ont déjà subi
« l'opération des végétations adénoïdes et des amygda-
« les, doivent se faire opérer d'une appendicite ». C'est

cette appendicite qu'il a baptisé du nom évocateur d'«*amygdalite iliaque*».

D'ailleurs, dit-il, l'inverse se voit : des maladies opérées d'appendicite voient quelques mois après l'opération apparaître des infections plus ou moins graves dans le domaine de leurs amygdales qui nécessitent alors l'opération des végétations et amygdales palatines.

Il nous a d'ailleurs été donné d'observer chez la sœur d'un de nos camarades un cas typique de ce balancement de l'infection amygdale-appendicite, appendicite-amygdale :

OBSERVATION

Mlle B..., 12 ans, fait au printemps 1938, une poussée d'amygdalite banale. Au bout de quelques jours, la température tombe, le gonflement des amygdales disparaît, tout semble rentrer dans l'ordre. Quinze ou vingt jours plus tard, elle est prise d'un point de côté abdominal avec température et vomissements qui la conduit en clinique où on lui enlève un appendice très congestionné. Suites opératoires banales. Deux mois plus tard, nouvelles poussées successives d'amygdalite qui la conduisent à nouveau en clinique pour une amygdalectomie.

Pourquoi ces deux opérations successives à quelques mois d'intervalle?

Nous avons vu que l'amygdale est constituée par du tissu lymphoïde; des amas de follicules clos sont logés.

dans l'épaisseur des parois qui séparent les cryptes dont elle est creusée.

L'appendice lui aussi possède une muqueuse riche en tissu réticulé et en follicules clos, dont la structure est identique à ceux des amygdales; autour de l'appendice, même richesse vasculaire qu'autour de l'amygdale et même abondance de ganglions lymphatiques.

« En temps normal, dit Monscourt, les amygdales
« pharyngo-palatines d'un côté, qui ont même structure
« et sont le siège d'échanges constants, se maintiennent
« en équilibre. Que cet équilibre se rompe, les amygdale
« les et l'appendice font bascule :

— qu'on opère les amygdales pharyngées et palatines, l'appendice, de suite, augmente de volume;

— qu'on enlève l'appendice, presque aussitôt les amygdales s'hypertrophient.

« L'appendice dans la fosse iliaque, joue le même
« rôle que les amygdales pharyngo-palatines dans le pharynx. Il fait fonction d'amygdale, « d'amygdale
« iliaque ».

D'un côté, les amygdales pharyngées et palatines servent de quartier général aux germes infectieux de provenance bucco-pharyngée.

De l'autre, l'appendice sert de quartier général aux germes provenant de la fosse iliaque, des voies digestives et des voies génito-urinaires. Il s'en suit que :

1° Supprimer les amygdales pharyngées et palatines,

c'est donner plus de virulence aux germes infectieux de l'appendice.

2° Supprimer l'appendice, c'est donner plus de virulence aux germes infectieux des amygdales, des amygdales pharyngées et palatines.

Aussi, de même que l'opération de l'appendice favorise l'éclosion des amygdalites, rhino-pharyngites et adénoïdites, de même l'ablation des amygdales pharyngées et palatines favorise-t-elle l'éclosion de l'appendicite.

CONCLUSIONS

I. — Il existe, en dehors de lésions propres aux amygdales pour lesquelles une telle intervention se justifie, toute une série de cas dans lesquels l'amygdalectomie pratiquée systématiquement est une intervention abusive.

II. — L'amygdale participe par sa présence à de nombreuses fonctions biologiques de l'individu.

III. — L'amygdale coopère aux fonctions de sécrétion, peut posséder une fonction endocrine, participe à la formation des lymphocytes, coopère aux fonctions de défense et d'immunisation de l'organisme.

IV. — La théorie de la « focal infection » parfaitement logique en soit a été poussée à l'extrême par l'Ecole Américaine.

V. — L'amygdalectomie peut être suivie d'un retentissement sur l'état général, mais plus curieusement encore et après un laps de temps variable, d'une affection appendiculaire par retentissement sur un tissu similaire d'une infection causale à distance.

Vu
Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu
Le Président de la Thèse :
LÉON BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- DOCTEUR FINOT (A.). — L'amygdale foyer d'infection
Revue therap.des alcaloïdes, octobre 1931.
- DUPERIE. — Les complications médicales des infections amygdaliennes. *Clin. et labor.* n° 3 du 20 mars 1938.
- WEIL (M.-P.). — Manifestations articulaires et infections focales. *Revue de Stomato*. Masson. Tome XXXII, n° 5, mai 1930.
- HALASZ. — *Endocrinologie*. Tome II, n° 2. août 1932 : activité endocrinienne des amygdales.
- PROFESSEUR BINET (L.). — *Endocrinologie*.
- MANSINI. — The internal secretion of tonsils *Journal Médical de New-York*, 1898.
- FAULKNER (R.-B.). — The tonsils ant its uses vocal, mechanic and physiologic.
- BOUTAREL (M.). — A quoi servent les amygdales? *Santé Familiale*, n° 46, juin-juillet 1938.
- ANDRÉ CONSTANT. — L'amygdale est-elle utile ou nuisible à l'organisme. *Annales de médecine Haïtienne*, n° 1 et 22. Janvier-février 1937.
- CUVIER et CARRÈRE. — Amygdales et biologie. *La Clinique*, octobre 1936.
- LEROY (Fd.). — Physiologie de l'amygdale. *Bruxelles médical*, 23 avril 1933.
- DUFOURMONTEL. — Le problème amygdalien. *Paris médical*, 28 février 1931.
- PROVOST (A.-J.). — Le problème amygdalien. *Union médicale*, mars 1939, n° 3, p. 240.
- BALLENGER (H.-C.). — Appendicitis following tonsillectomy. *Tr. Amér. O. R. L. Soc.*, 1930.
- Appendicitis following tonsillectomy. *Report of 2 cases. Arch. O. L.* jully 1930.
- EQUEN. — Appendicitis following tonsillectomy. *Clinical study*.
- MONSCOURT (H.). — L'amygdalite iliaque. *Monde médical*, 1^{er}, 15 août 1938.

